

Pflegebedürftigkeit in Deutschland 1999-2005: Rückgang, Milderung oder beides?

Workshop Sterblichkeit, Gesundheit und Pflege
in Deutschland

DGD / Statistische Woche Köln, 17.09.2008

Einführung

Die Pflegestatistik zum „Sprechen“ bringen:
Von Gesamtzahlen zur Gewichtung von
Pflegebedürftigkeit

Von Absolutzahlen über Quoten zu altersspezifischen Quoten ...

- Pflegebedürftige insgesamt, alle Leistungsarten, alle Pflegestufen

→ Ergebnis: absolute Zunahme, altersspezifisch ohne klaren Trend

	1999	2001	2003	2005
	Pflegebedürftige, absolut			
Deutschland	2.016.091	2.039.780	2.076.935	2.128.550
	Pflegebedürftige je 100 Einwohner			
Deutschland	2,5	2,5	2,5	2,6
Deutschland	Pflegebedürftige je 100 Einwohner			
unter 75 Jahre	0,9	0,9	0,9	0,9
75 bis unter 85 Jahre	13,9	13,7	14,3	14
85 bis unter 90 Jahre	38,4	39,5	39,9	36,3
90 Jahre und älter	60,2	59,7	59,4	60,2

Quelle: gbe-bund.de

... zur Altersstandardisierung

- Pflegebedürftige insgesamt, alle Leistungsarten, alle Pflegestufen (Standardized Morbidity Ratio)

StBA 2008:
Rückgang um **3%**
(Methode und
Datenbasis etwas
anders)

→ Ergebnis: Rückgang der Pflegebedürftigkeit um 4,5%

	1999	2001	2003	2005
	Pflegebedürftige (SMR in Prozent, indir. altersstand., D 1999)			
Deutschland	100	97,7	97,5	95,5
alte Länder mit Berlin	98,6	96,0	95,7	93,5
neue Länder	107,3	106,5	106,8	105,4

Der SMR sagt aus, wie sich die Pflegebedürftigkeit der Analysebevölkerung zur Pflegebedürftigkeit D 1999 verhält, unter Gleichsetzung der Altersstruktur.

Quelle: gbe-bund.de, eigene Berechnung

Regionalvergleich

- Pflegebedürftige insgesamt, alle Leistungsarten, alle Pflegestufen (altersstand. D 1999, SMR in %)
→ Ergebnis: in 6 Bundesländern kein Rückgang

	1999	2005
Schleswig-Holstein	105,2%	96,6%
Hamburg	90,3%	85,5%
Niedersachsen	104,4%	102,6%
Bremen	90,3%	100,9%
Nordrhein-Westfalen	105,7%	94,3%
Hessen	96,7%	98,2%
Rheinland-Pfalz	90,7%	86,0%
Baden-Württemberg	84,4%	79,9%
Bayern	99,9%	92,2%
Saarland	100,8%	105,4%
Berlin	97,8%	112,0%
Brandenburg	113,6%	115,9%
Mecklenburg-Vorpommern	125,3%	123,0%
Sachsen	100,0%	92,3%
Sachsen-Anhalt	105,4%	109,0%
Thüringen	106,6%	106,1%
Deutschland	100%	95,5%

Quelle: gbe-bund.de,
eigene Berechnung

Grenzen der Betrachtung

Workshop Sterblichkeit, Gesundheit und Pflege in Deutschland, Köln 2008
Dagmar Pattloch

Grenzen der Betrachtung

- Die gleichwertige Zählung aller Pflegestufen ist eine dichotome Betrachtungsweise von Pflegebedürftigkeit
 - Es ist aber denkbar, dass
 - Pflegebedürftigkeit altersstandardisiert seltener wird, aber in schwereren Ausprägungen auftritt oder
 - sich der Zustand der Pflegebedürftigkeit ausbreitet, dies jedoch in mildereren Ausprägungen („dynamic equilibrium“)
- Gesucht wird ein Verfahren, das die Dichotomie überwindet, gleichzeitig einfach und transparent ist.

Weiterentwicklung

Workshop Sterblichkeit, Gesundheit und Pflege in Deutschland, Köln 2008
Dagmar Pattloch

Analyse der Pflegestatistik mit Gewichtung nach Pflegestufen

- Zählung der Pflegestufe I einfach
- Pflegestufe II doppelt
- Pflegestufe III dreifach

→ Ergebnis: Milderung von Pflegebedürftigkeit

Altersstandardisierung gewichtet

- Pflegebedürftige insgesamt, alle Leistungsarten, nach Pflegestufen gewichtet (SMR*)

→ Ergebnis: Rückgang um 7%

	1999	2005
Deutschland	100%	93,0%
alte Länder mit Berlin	99,2%	91,3%
neue Länder	103,9%	101,7%

Der SMR* sagt aus, wie sich die gewichtete Pflegebedürftigkeit der Analysebevölkerung zur Pflegebedürftigkeit D 1999 verhält, unter Gleichsetzung der Altersstruktur.

Quelle: gbe-bund.de, eigene Berechnung

Regionalvergleich, gewichtet

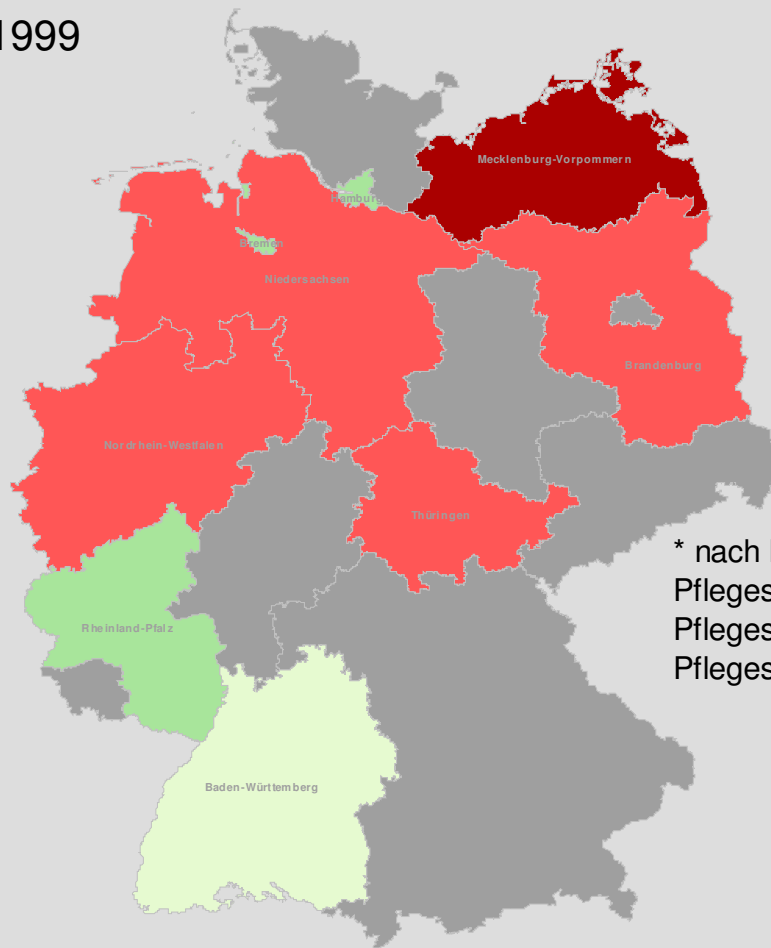
- Pflegebedürftige insgesamt, alle Leistungsarten, nach Pflegestufen gewichtet (altersstand. D 1999, SMR* in %)
→ Ergebnis: in 4 Bundesländern kein Rückgang

	1999	2005
Schleswig-Holstein	103,2%	94,1%
Hamburg	86,3%	81,8%
Niedersachsen	107,2%	101,6%
Bremen	90,6%	98,4%
Nordrhein-Westfalen	105,7%	90,4%
Hessen	99,9%	97,7%
Rheinland-Pfalz	91,4%	83,8%
Baden-Württemberg	83,6%	77,8%
Bayern	102,2%	92,5%
Saarland	99,5%	89,7%
Berlin	96,1%	108,8%
Brandenburg	112,9%	115,4%
Mecklenburg-Vorpommern	121,3%	117,0%
Sachsen	95,5%	87,2%
Sachsen-Anhalt	100,5%	104,2%
Thüringen	105,2%	104,6%
Deutschland	100%	93,0%

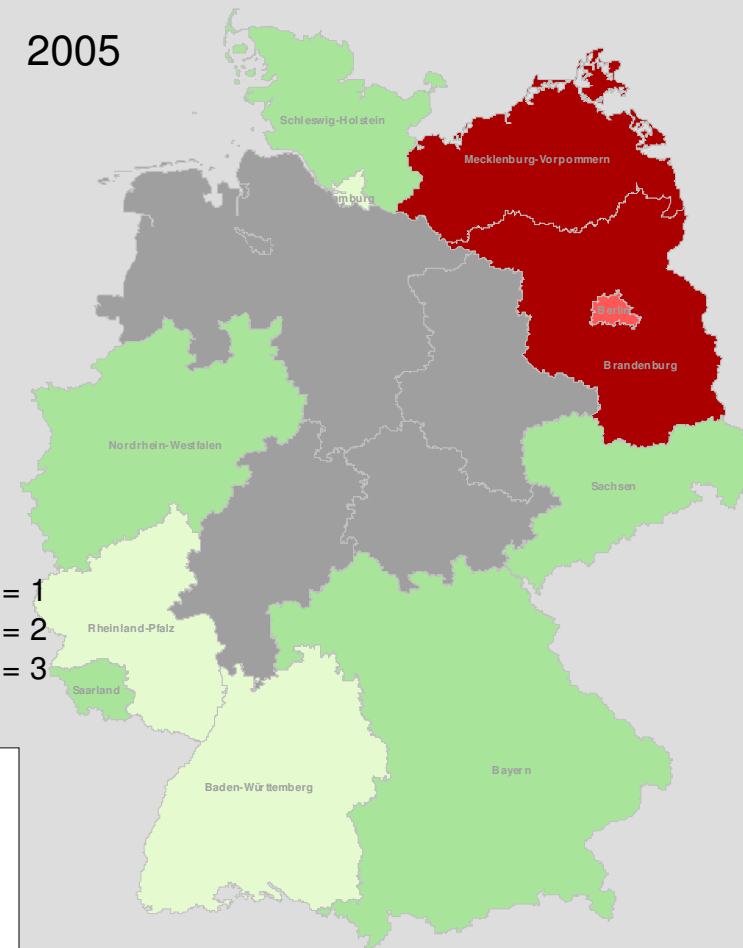
Quelle: gbe-bund.de,
eigene Berechnung

Gewichtete* Pflegebedürftigkeit, indirekt altersstandardisiert (D 1999 = 100%)

1999



2005

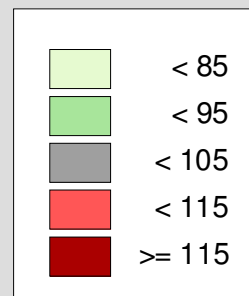


* nach Pflegestufen

Pflegestufe I : Gewicht = 1

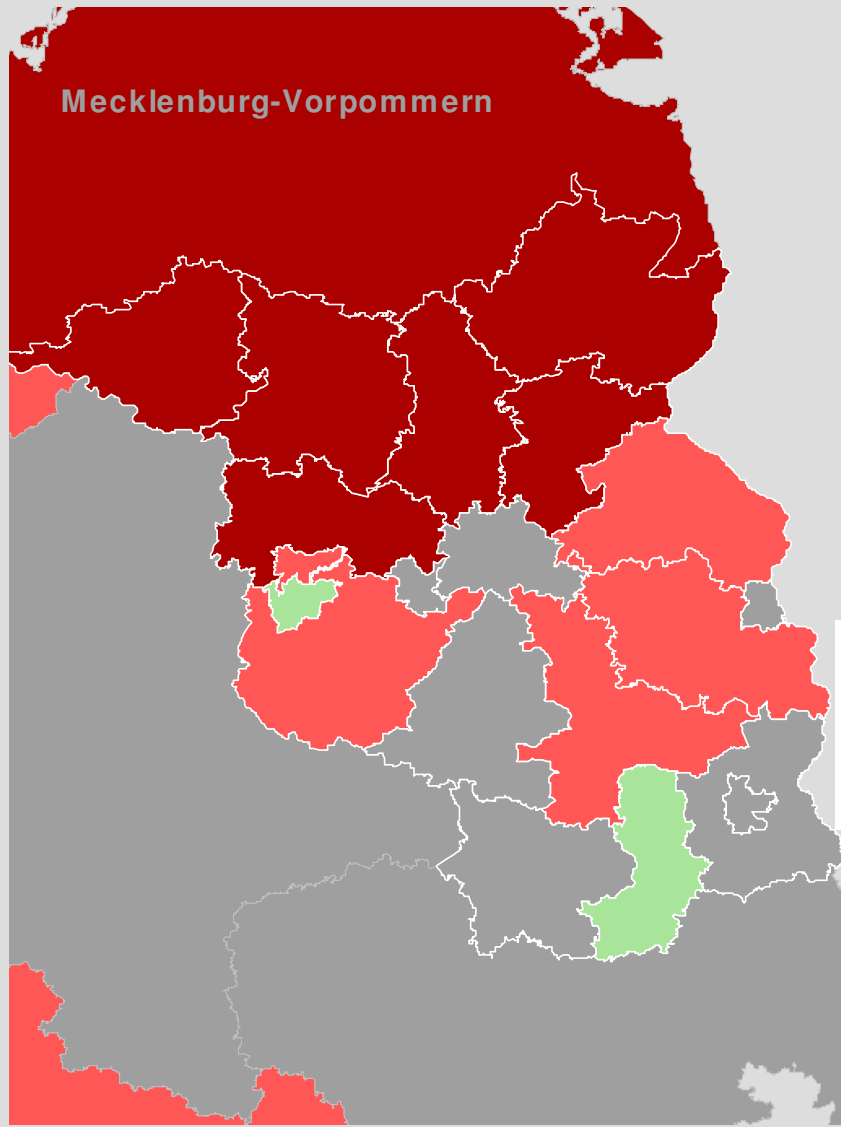
Pflegestufe II : Gewicht = 2

Pflegestufe III: Gewicht = 3

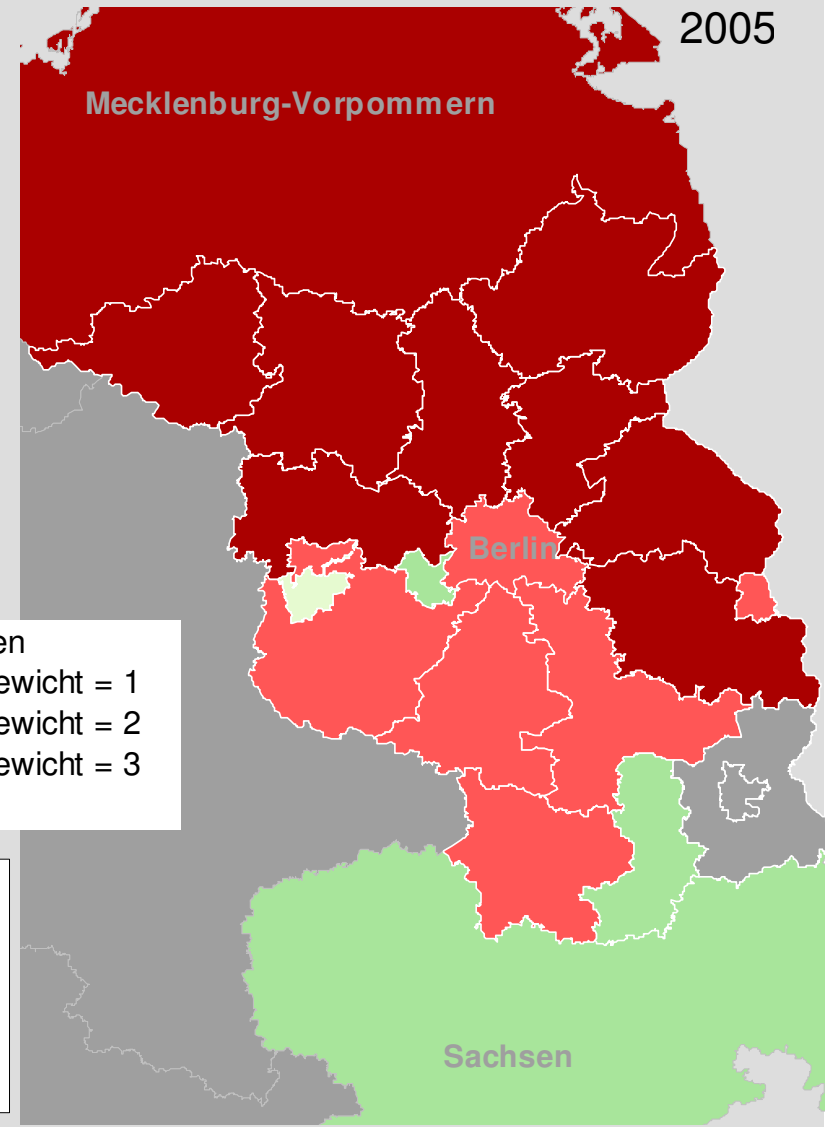


1999

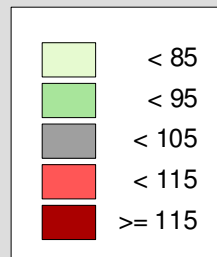
Gewichtete Pflegebedürftigkeit, indirekt altersstandardisiert (D 1999 = 100%)



2005



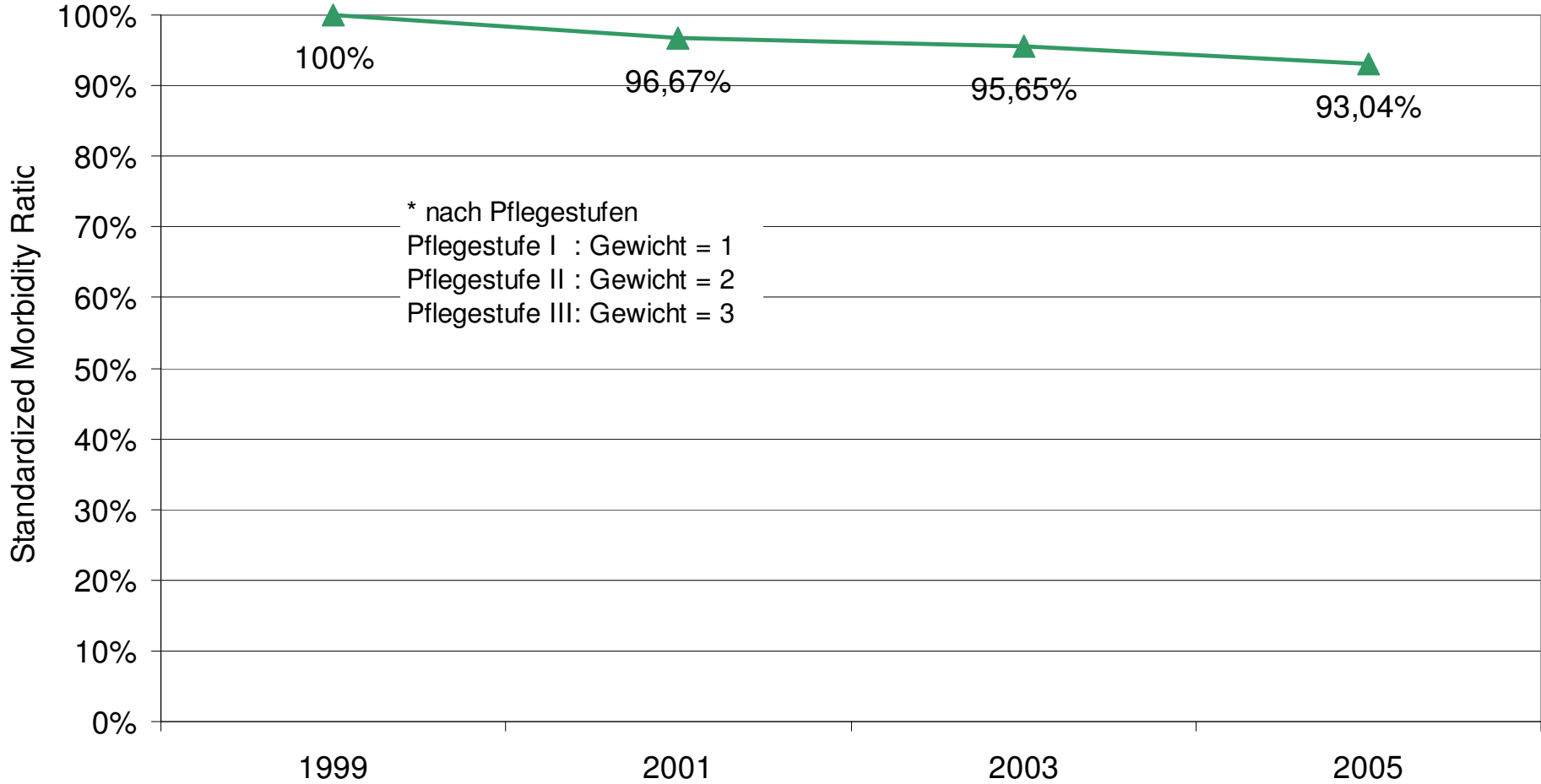
* nach Pflegestufen
Pflegestufe I : Gewicht = 1
Pflegestufe II : Gewicht = 2
Pflegestufe III: Gewicht = 3



Workshop Sterblichkeit, Gesundheit und Pflege in Deutschland, Köln 2008

Dagmar Pattloch

Gewichtete* Pflegebedürftigkeit, indirekt altersstandardisiert (1999 = 100%)



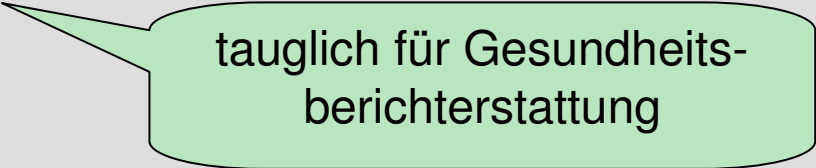
Quelle: gbe-bund.de, eigene Berechnung

Fazit

Workshop Sterblichkeit, Gesundheit und Pflege in Deutschland, Köln 2008
Dagmar Pattloch

Methodische Vorzüge

- Verdichtung von 2 Informationen (Prävalenz plus Schweregrad) zu 1 Kennzahl (SMR*)
- Erkenntnisgewinn durch Gewichtung der Pflegebedürftigkeit nach Stufen
 - Abklärung von „Zweifelsfällen“ (Regionen oder Jahre)
 - Erhärtung der Trendbeobachtung
- Verfahren ist mit einfachem Input effizient durchführbar für viele Analyseeinheiten (Bundesländer, Jahre, auch Landkreise)



tauglich für Gesundheitsberichterstattung

Zusammenfassung

- Absoluter Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland 1999-2005 - bedingt durch demografische Alterung - wird gemildert durch (altersstandardisierten) Rückgang der Pflegebedürftigkeit.
- Zeitgleich ist der Schweregrad (altersstandardisiert) rückläufig.
- Die zwei Sachverhalte kann man in einer Kennzahl erfassen.
- Die meisten Bundesländer folgen dem Trend (Rückgang und Milderung von Pflegebedürftigkeit).

Vielen Dank

dagmar_pattloch@yahoo.de

Anhang

Workshop Sterblichkeit, Gesundheit und Pflege in Deutschland, Köln 2008
Dagmar Pattloch

Wie lassen sich Pflegeprävalenzen analysieren?

Gesucht wird eine Methode,

- die den Altersstruktureffekt vom Prävalenzeffekt trennt und dabei
- eine große Menge Information (Bevölkerungs- und Pflegestatistik im Zeitverlauf) zu Kennzahlen mit einfacher Interpretation verdichtet
 - direkte oder indirekte Altersstandardisierung?
 - Kriterium: große oder kleine Bevölkerung
 - Kriterium: Anforderung an den Input
 - welche Standardbevölkerung?
 - Kriterium: Umgang mit oberen Altersgruppen
 - Kriterium: Realitätsnähe

Indirekte Altersstandardisierung an Deutschland 1999

- 5-er Altersgruppen (oberste 90+)
- Vorzüge:
 - stabiles Ergebnis auch in kleinen Bevölkerungen (bis zur Landkreisebene)
 - In jeder zu analysierenden Teilbevölkerung ist der Input leicht zu beschaffen: detaillierte Altersstruktur plus *Gesamtzahl* der Pflegebedürftigen
 - erträglicher Aufwand

Anleitung zur Altersstandardisierung:

http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/doc/gbe/handlungshilfe_2.pdf

Schrittfolge indirekten Altersstandardisierung mit Gewichtung nach Pflegestufen

- Pflegebedürftige D 1999 nach Alter mit ihrer Pflegestufe multiplizieren → „in Pflegestufe I umrechnen“
- Altersspezifische Quoten D 1999 bilden
- Diese Quoten auf Bevölkerung der Analyseregion übertragen → „erwartete Pflegefälle I“ berechnen
- Beobachtete Pflegebedürftige der Analyseregion mit ihrer Pflegestufe multiplizieren → „in Pflegestufe I umrechnen“
- Beobachtete durch erwartete Pflegefälle I dividieren
→ „SMR*“ (%)